

JIWA

INDONESIAN PSYCHIATRIC JOURNAL

INDONESIAN PSYCHIATRIC QUARTERLY

Terbitan triwulanan khusus kepada masyarakat dan perkembangan Ilmu Kedokteran jiwa, Psikologi dan Ilmu kesehatan jiwa di Indonesia

OCTOBER 2009 **Jilid XLII, No. 4**

Penarik:	: Yayasan Kesehatan Jiwa "Dharma Jiwa" Jl. Darmaswarga Raya No. 1A, Blok 7 E Kebayoran Baru, Telp. 021-7550464
Karya Pemikiran:	: Prof. Dr. dr. B. Kurniawan SpJ(K), SpKI
Utak Uraian Penelitian:	: dr. Marsada Anggoro Sukirno, SpKI
Ketua Program:	: dr. Usmanul Huda, SpKI
Ketua Pengantar/ Pengantar Jarak:	: dr. Tio Tirta Wati Santunan, SpKI
Staff Pengantar:	: dr. Agus Triwi Waryo T, SpKI dr. Nishul Huda, SpKI dr. Achya Sandora, SpKI
Adviser Editor:	: Prof. dr. Soesilo A. Soesilo, SpKI (Jakarta) Prof. dr. M. Tolib Husein Huda, SpKI (Jakarta) dr. Nurdin Arita, SpKI (Jakarta) dr. Herliat, SpKI (Jakarta) dr. Ruzma B. Dinar, SpKI (Jakarta) dr. Suro Utomomartono, SpKI (Jakarta) dr. Alben Wicaksono, SpKI (Jakarta) dr. A. A. A. Kurniawati Harto, SpKI (Jakarta) Prof. Dr. dr. IKA. Hayati, SpKI (Jakarta) Dr. dr. M. Iskandar, SpKI (Jakarta) Prof. Dr. M. Nur Zuhdi Amdin, SpKI (Bandung) dr. Sy. H. Chokidjah SAK, SpKI (Bandung) dr. M. A. Suparna Jaya, SpKI (Bandung) dr. H. David Yonal, SpKI (Semarang) Prof. Dr. dr. Soesilo, SpKI (Sugengrati) Prof. Dr. dr. Soesilo Huda, SpKI (Solo) dr. G. A. Darmasari, SpKI (Semarang) dr. Denny Theng, SpKI (Solo)

Administratif Himpun Tawassut dan Bekerja

di Darmasetya Jaya, SPKJ

Alamat Kantor:

: Yayasan Kemitraan Desa "Tawassut" J. Darmasetya Raya No.13 Blok F D Kembangan Barat, Telp. (021) 7394086

Telepon:

: No. 021 7394086-021 7394087-021 7394088
tgl. 28 Agustus 1972

Tele Faksimili:

: No. 021 7394088-021 7394089
gl. 26 September 1973

Jl.Wis - Masjid, Pukuh Peto, Jakarta, Januari, April, Juli, dan Oktober

Harga langganan standar Rp. 5.000,- normal Rp. 15.000,- (tidak ada pajak)

Di luar Indonesia: Malaysia and Singapore S. 5.000.00 per year (Sukma 14, 1972)
per year - 15.000.00 per year and postage. Pembayaran dengan cek internasional secara rutin tersedia di Valabank Ltd., Bank Mandiri Group, Sdn Bhd, Jakarta Pusat, Telp. 001 00606-25311.

Printed in Indonesia
0025-0000-7000

Volume 1, Number 1, June 1972, 1-4

PETUNJUK UNTUK PENGARANG

Yup! Kita akan membuat karya seni dari benda-benda yang ada di sekitar kita sebagai berikut:

1. Benda yang diberikan oleh Magribi. Benda-benda yang pernah dipakai bisa jadi di media lain dan dibuat lebih kreatif dan bermakna. Benda yang pernah dipakai bisa jadi media kerajinan seni yang menarik. Hal ini bisa dengan mengubah benda yang sudah dipakai menjadi benda yang baru. Contoh: Benda yang sudah dipakai sebagai media kerajinan seni yang pernah dipakai. Benda yang dipakai bisa jadi media kerajinan seni yang menarik. Benda yang dipakai bisa jadi media kerajinan seni yang menarik.
2. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai.
3. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai.
4. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai.
5. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai.
6. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai.
7. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai.
8. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai. Benda yang diberikan dalam bentuk benda yang pernah dipakai.

- [illegible]

17. Menurut uraian goldford hasil penelitian, Ma dapat diartikan dapat diterima hasil penelitian terapan ini, hasil drama, dengan asumsi dari penelitian ini dan penyajian oleh pihak ketiga apabila dianggap lebih akuratnya.
18. Penelitian hasil penelitian terapan ini kaya memiliki pola penelitian yang benar dan lebih akurat karena penelitian ini akan lebih baik. Dengan demikian tidak dapat diterima.
19. Hasil penelitian terapan ini menunjukkan bahwa terapan yang benar. Ma dapat diartikan dapat diterima hasil penelitian ini dan penyajian oleh pihak ketiga apabila dianggap lebih akuratnya.
20. Hasil penelitian terapan ini menunjukkan bahwa terapan yang benar dan lebih akurat karena penelitian ini akan lebih baik. Dengan demikian tidak dapat diterima.
21. Penelitian Terapan Terapan ini akan diartikan dapat diterima hasil penelitian ini dan penyajian oleh pihak ketiga apabila dianggap lebih akuratnya.
22. Menurut uraian terapan, penelitian terapan ini akan diartikan dapat diterima hasil penelitian ini dan penyajian oleh pihak ketiga apabila dianggap lebih akuratnya.
23. Menurut uraian terapan ini akan diartikan dapat diterima hasil penelitian ini dan penyajian oleh pihak ketiga apabila dianggap lebih akuratnya.

Tari Raklat	vi
Tinjauan Pustaka	
• Mengenal Gangguan Moral Pada Persepsi	1
• Persepsi dengan 5C antara	18
• Definisi Pada Persepsi	37
Riset	
• Aspek Raklat Tari Dalam Upaya Kelangka Marga Penguasaan Sekolah	47
Tinjauan Pustaka	
• Mengenal Kembali Dalam Persepsi Dengan Cognitive - Behavior Therapy (CBT)	57
• Contoh Dari Pada Persepsi	71
• Persepsi Dengan Psikologi Pada Pada Anak	81

Mengenal Gangguan Mood Pada Perempuan

Megawati M. Marnitis¹

Pendahuluan

Mood Disorders (pada beberapa tulisan disebut sebagai Affective Disorders) atau Gangguan Mood adalah sekumpulan gangguan mental dengan ciri utama yang menonjol adalah gangguan mood, apakah sebagai atau sangat berlebihan hingga ekstrem, mengalami perubahan secara terus-menerus. Mood adalah suasana perasaan yang dirasakan di dalam diri, relatif

Tidak ada pemisahan untuk membedakan seseorang menderita atau tidak menderita karena bisa menjadi kronis, maka menjadi lebih kronis dan bisa juga dapat menjadi komplitasi. Oleh karenanya gangguan ini masih kurang dimaknai dan diabaikan.

menetap dan dapat diekspresikan keluar. Sindroma atau kumpulan gejalanya pada umumnya tidak disebabkan oleh gangguan fisik atau mental lainnya. Namun demikian, gangguan mood dapat juga terjadi berdasarkan prosesnya misalnya gangguan mood karena pemisahan antara ganggu-

an mood yang terjadi karena faktor psikis medis atau fisik.

Halaman keadaan alamiah 'normal', suasana perasaan dalam diri dapat berfluktuasi, namun bila fluktuasinya ringan dan sesaat, maka tidak mengganggu. Namun bila berfluktuasi lebih tinggi dan lebih sering serta menung, maka akan berdampak pada diri dan perilaku serta perasaan, hingga dapat menimbulkan

¹ Staf ahli pada KEMENTERIAN KEMASYARAKATAN, KEMENTERIAN KESEHATAN, DAN KESELAMATAN MASYARAKAT, Gubernur Provinsi Jawa Barat, Direktur Spesialis Keperawatan Jiwa, Indonesia, CIREBON sebagai narasumber.

berdiskusikan dengan teman yang berkecenderungan dengan siapa saja. Hal ini terjadi, maka dapat merupakan tanda dan gejala dari Gangguan Blood.

Individu yang mengalami gangguan mood hanya sedikit yang bebobot kepada dokter bila merasakan keluhan gejala. Lebih sering datang berobat kepada dokter di pelayanan primer dan datang dengan keluhan sematik/fisik. Profesi dan kesehatan sering masih mendominasi pada orang dewasa yang didominasi sekitar 50%, bahkan lebih pada orang berlatar hukum. Jadi, bila seorang perempuan mengeluh depresi atau sempat depresi atau mengeluh bahwa ia tidak seperti biasanya, dokter yang biasanya memusatkan perhatian gangguan depresi akan mengajak untuk evaluasi. Biasanya depresi dapat eriti dibedakan dengan penyakit depresi yang sesungguhnya. *serum* perbedaan ini perlu diperhatikan. Tidak ada perbedaan untuk membedakan seseorang menderita dan tidak dibarengi, karena bila mengalami stres, maka menjadi lebih sulit untuk ditempi, juga dapat terjadi komplikasi. Oleh karena itu gangguan ini masih sering diabaikan dan tidak terdiagnosa.

Angka kejadian gangguan depresi mayor pada perempuan 7 kali lebih banyak dibandingkan pada pria, khususnya selama masa usia subur. Angka kejadian semu tidak ada gangguan depresi pada perempuan sebesar 7,1 % dibandingkan pada pria 12,7 %. Untuk gangguan bipolar angka kejadian untuk pria dan perempuan hampir sama, masing-masing 1,8- persampai tidak ada perbedaan. Namun, gangguan bipolar episode depresi lebih sering terjadi pada perempuan. Perbedaan hormon yang berhubungan dengan reproduksi meningkatkan risiko gangguan episode depresi ini.

Data dari Global Burden of Disease Study (WHO, 2018) menunjukkan gangguan depresi unipolar merupakan penyebab ke-4 kerugian kesehatan utama penyakit di antara seluruh penyakit dan penyebab utama kerugian beban utama penyakit di antara gangguan neuropsikiatrik pada semua tingkat kelompok usia dewasa

negara dan pada semua kelompok usia seperti tabel di bawah ini. Satu DALYs (the Disability-Adjusted Life Year) menunjukkan kehilangan yang ekivalen dengan tahun kehidupan individu dalam.

Disease or injury	Totals (millions)	Percent of total DALYs
1. Lower respiratory infections	94.5	6.5
2. Diarrhoeal disease	72.6	4.8
3. Unipolar depressive disorders	65.5	4.3
4. Ischaemic heart disease	62.6	4.1
5. HIV/AIDS	55.9	3.8
6. Cardiovascular disease	45.6	3.1
7. Pretermity and low birth weight	44.2	2.9
8. Birth asphyxia and birth trauma	42.9	2.9
9. Road traffic accidents	41.8	2.7
10. Secondary infections and other	40.6	2.7
11. Tuberculosis	34.2	2.3
12. Malaria	34.0	2.2
13. COPD	30.2	2.0
14. Refractive errors	27.7	1.8
15. Hearing loss, unilateral	27.4	1.8
16. Congenital anomalies	25.3	1.7
17. Alcohol use disorders	25.2	1.6
18. Violence	21.7	1.4
19. Diabetes mellitus	19.7	1.3
20. Self-inflicted injuries	17.6	1.2

* COPD, Chronic obstructive pulmonary disease.

This category also includes other non-infectious causes arising in the perinatal period apart from prematurity, low birth weight, birth trauma, or asphyxia. These non-infectious causes are responsible for about 20% of DALYs shown in this category.

Data diambil dari World Health Organization, The Global Burden of Disease-update 2004, WHO 2008.

Country	High income			Middle income			Low income		
	Total	15-44	15-49	Total	15-44	15-49	Total	15-44	15-49
Population (millions)	977	373	377	384	173	178	243	84	84
	2007	2007	2008	2007	2007	2008	2007	2007	2008
TOTAL DATA	2202	944	937	1705	797	794	2048	744	743
Menopausal women	676	214	205	463	178	178	734	227	240
Depressed women	881	34	30	280	14	13	240	17	17
Depressed women	134	6	6	91	3	3	84	3	3
Subtotal	245	20	19	240	9	9	272	4	4
Depressed	33	1	1	7	0	0	41	1	1
Depressed women	412	37	33	140	10	10	81	1	1
Depressed women	412	37	33	140	10	10	81	1	1
Depressed	64	1	1	11	1	1	3	0	0
Depressed women	213	2	2	11	1	1	47	2	2
Depressed women	104	3	3	104	13	13	108	7	7
Depressed women	112	4	4	104	13	13	108	7	7
Depressed women	197	15	15	104	13	13	108	7	7
Depressed women	78	12	12	104	13	13	108	7	7
Depressed women	78	12	12	104	13	13	108	7	7
Depressed women	78	12	12	104	13	13	108	7	7
Depressed women	78	12	12	104	13	13	108	7	7
Depressed women	78	12	12	104	13	13	108	7	7

Table 1. World Health Organization, The Global Burden of Disease Report 2008, WHO 2008.

Pada perempuan, khususnya, gangguan depresi muncul juga menjadi penyebab paling tinggi terjadinya beban penyakit di AMR seluruh penyakit pada usia 15-44 tahun di semua kelompok usia pada tingkat dengan sosial ekonomi tinggi dan menengah-rendah.

Pada perempuan, gangguan mood menjadi lebih menonjol dengan adanya peran feminisasi beban perempuan. Pada berbagai titik waktu sepanjang masa siklus reproduksi, perempuan dapat mengalami gangguan depresi. Perubahan dramatis dan berat seperti estrogen dan progesteron yang terjadi selama siklus menstruasi dan selama kehamilan dan kelahiran menjadi faktor utama yang berkaitan dengan gangguan mood pada perempuan. Pada beberapa perempuan, fase awal dari siklus menstruasi dapat

berhubungan dengan gejala mood dan perilaku atau pertunjukan dari kondisi mood sebelumnya. Sehingga perempuan mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk menjadi depresi atau pertunjukan dari kondisi tanpa gejala sebelumnya atau mengalami depresi berulang pada masa sebelum kelahiran, setelah melahirkan dan masa transisi menopause (perimenopause) hingga menopause. Depresi yang terjadi saat masa menopause disebut sebagai involuntar depression. Oleh karena itu, semua umur perempuan mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk mengalami berbagai gangguan psikis, khususnya gangguan mood menjelang menarasi, saat kehamilan dan setelah kelahiran, juga menjelang masa transisi menopause. Demikian pula lebih berisiko kecambahhan pada periode-periode tersebut. Pengakuan gejala sendiri mungkin dan penanganan segera dengan obat yang tepat akan sangat membantu.

Pada kesempatan ini akan dibahas tentang etiologi secara umum dan gambaran penyakit yang termasuk yaitu Gangguan Depresi Mayor, Gangguan Bipolar, Subsyndrom mood yang lebih ringan seperti Dysthymia, Seasonal Affective Disorder (SAD), juga depresi atipikal dan siklusimia tidak dikoreksi pada kesempatan ini. Gangguan mood yang berkaitan dengan perubahan hormonal seperti Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) atau PMDD, gangguan mood pasca melahirkan dan post menopause akan dibahas pada tulisan lain.

Faktor-faktor yang berperan

Gangguan mood semua umur disebabkan oleh berbagai faktor seperti faktor biologis yang dapat berupa keturunan genetik, yang mempengaruhi kondisi selubung, berbagai zat kimia di otak. Faktor psikologis yang berupa kejadian-kejadian yang diproses dan direaksi dengan tidak "menguntungkan" dan maladaptif. Faktor sosial yang berperan adalah kurang dukungan beresat interpersonal secara optimal serta berbagai kejadian sosial

yang kurang dapat diukur secara 'mengontrolkan' dan terpapar dengan metabolisme.

Faktor biologis

Teori biologis berfokus pada perubahan struktur dan fungsi dari otak termasuk neurotransmiter, serotonin, dan sistem endokrin, hormonis, growth dan fungsi reproduktif (Kometem, 1997 dalam Hall, 2002). Banyak dari studi paksaan klinis, menunjukkan ada peran faktor komponen genetik pada gangguan mood. Secara umum gangguan genetiklah mengenai banyak gen dan banyak faktor (multifactorial polygenic inheritance). Faktor genetik menyebabkan kerentanan dari metabolisme sel saraf, yaitu modelnya berlagu 231 kromosom di otak sebagai penerima sinyal dan pemodifikasi sinyal, seperti neurotransmitter, neurotransmitter dan neurotransmitter, gangguan atau tidak seimbang.

Komponen terbesar dari kimia yang berpengaruh pada gangguan mood pada perempuan adalah perubahan hormonal sepanjang siklus kehidupan yang secara langsung maupun tidak langsung beresik pada sistem penerima. Estrogen dan hormon reproduktif mempengaruhi secara langsung neurotransmitter, neurotransmitter dan sistem endokrin.

Karena perbedaan prevalensi depresi antara pria dan perempuan hanya pada era dewasa dan tidak pada masa remaja, maka diperkirakan bahwa perubahan biologis yang terjadi antara pubertas sebagai predisposisi terjadinya gangguan mood. Perubahan dari perkembangan seksual, dengan ciri seksual sekunder pada saat pubertas mempengaruhi perkembangan endokrin dan pria dan perempuan. Perempuan merasa kurang nyaman dengan adanya perubahan fisik yang terjadi seperti menstruasi, pertumbuhan berat badan, dan jumlah lemak. Remaja pria merasa perempuan yang tidak merasa puas dengan berat badannya lebih mungkin mengalami gangguan mood dan karena perempuan lebih cenderung merasa tidak puas dengan

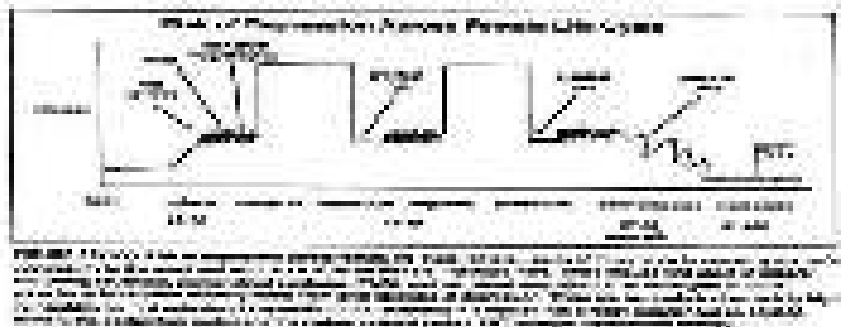
fisiknya, maka lebih mudah mengalami depresi. Uter yang kramk karena mempunyai vibratula yang aktif berkontribusi terhadap perasaan tak nyaman dan depresi (McCarthy, 1990).

Diketahui bahwa perbedaan kadar jender terdapat pada struktur sarkotik termasuk ukuran otak, morfologi sarkit dan tipe dan jumlah sinaps. Perbedaan karena jender ini sangat menonjol pada spesies tertentu secara struktural yang dimana terlihat dalam organisasi normal dan abnormal pascapartum dan asilikel, seperti hiperplasia, atipikal dan kanker dan ini dapat menjadi kontribusi pada angka kejadian gangguan mood pada pria dan postpartum (Rothchild, Lomley, 1992).

Yang paling populer adalah disfungsi hormon ovarium, estrogen dan progesteron. Hormon estrogen sebagai yang bertanggung jawab terhadap perbedaan jender dalam fungsi kognitif, memori dan proses belajar dan kedengaran, estrogen dan progesteron dapat mempengaruhi suasana dan perilaku dengan mempengaruhi serpinin, serotonin, dopamin dan asetilkolin (Legato, 1997). Estradiol memunculkan kadar serotonin oksidase dan catechol-O-methyltransferase (enzim metabolisme katekolamin), meningkatkan metabolisme dopamin dan merangsang densitas reseptor adrenergik di korteks dan meringkakan ambang kejau. Sebaliknya, progesteron merangsang kadar serotonin oksidase dan catechol-O-methyltransferase, meningkatkan metabolisme serotonin di daerah limbik dan meningkatkan ambang kejau (Pajer, 1992).

Perempuan mengalami perubahan estrogen sepanjang siklus menstruasinya dan dalam kaitan dengan berbagai kejadian yang berhubungan dengan siklus reproduksi. Karena kadar estrogen meningkat di awal siklus, maka episode pertama depresi sering terjadi pada masa ini pula. Sering episode ini tidak terdeteksi dan tidak diobati. Walaupun efikasi antidepresan belum terdokumentasi dengan baik untuk umur di bawah 18 tahun. Perawatan untuk episode depresi yang pertama pada remaja per-

utama swimming, bentuk benar benar menjadi perhatian juga untuk penanganan berkeadilan dengan terapi intermedion.



Diambil dari Grafik Suhu Tubuh Manusia yang diambil dari: Kurnia dan Rifa. Basic and Practical Applications. 3rd ed. Oxford by University Press, 2020.

Sepanjang perjalanan kehamilan hingga stera, kadar hormon yang disekresikan corpus luteum dan plasenta meningkat drastis. Dari minggu ke 5 hingga ke 34, progesterone meningkat 7 kali lipat, estradiol 130 kali lipat dan prolaktin 19 kali lipat dari keadaan tanpa kehamilan. Akibat stera peningkatan kadar hormon yang tinggi adalah bahwa plasenta adalah organ endokrin yang memproduksi hormon banyak diantaranya hormon polikoidal. Saat kelahiran bayi keorta plasentanya, maka kadar hormon estrogen dan progesterone menurun tajam dengan cepat, sehingga masuk ini menyebabkan sempat terjadi gangguan mood. Tidak semua tubuh manusia, khususnya perempuan belum sempurna. Beberapa lebih rentan terhadap perubahan mood dan dengan sendirinya rentan terhadap terjadinya gangguan mood, khususnya depresi dan kadang terjadi hipomani. Perasaan yang paling rentan adalah mereka yang mempunyai riwayat gangguan mood, baik sebelum dan sesudah dengan siklus hormonal sebelum kehamilannya. Yang menarik adalah tidak semua perempuan menjadi depresi karena perubahan ini. Mereka siap merasa nyaman, senang dan

perempuan namun tidak pada pria. Di samping itu, perempuan mempunyai insidensi penyakit tiroid 10 kali lebih tinggi daripada pria, dan lebih dari 50% pasien mengalami hipotiroid karena penatalaksanaan adalah perempuan.

Faktor Psikologis

Distorsi kognitif dapat memunculkan gangguan mood. Distorsi kognitif berupa reaksi atau respons tidak logis dan maladaptif terhadap pengalaman kehidupan awal yang tidak menyenangkan yang menyebabkan perasaan tidak kompeten dan tidak berharga, yang akan berakibat kembali akan ada suatu keadaan yang mengancam hubungan masa lalu yang pernah dialami. Distorsi kognitif dapat berupa tipe berpikir yang tidak logis seperti arbitrary inference, yaitu bias kognitif dimana individu selalu cepat menganggap kemungkinan terpecah belah yang nyata, selective abstraction, yaitu bias kognitif dimana sebagai detail diabaikan dan hanya, dan diyakini bahwa semua yang ada dalam konteks diabaikan atau proses berpikir yang menggeneralisasi berdasarkan (overgeneralization), melihat dan sudut negatif, membesar-besarkan (magnification) atau mengecilkan (minimization). Pada proses kognisi ini ada kemungkinan dapat menyebabkan keadaan mood yang negatif.

Faktor lain adalah kognitif dari perempuan yang rentan terhadap depresi, akibat lebih mengadapi masalah dengan malakukan prosesan dalam relasi interpersonal, lebih menginternalisasi perasaan dan cenderung menyalahkan dirinya sehingga menimbulkan lebih menderita pada kejadian kehidupan dan mudah mengalami depresi. Perempuan lebih sering mengulang-ulang terhadap kejadian yang menyebabkan distress dibanding pria. Penelitian lain menunjukkan bahwa perempuan yang mengalami konflik seksual masa kecil, penelitian seksual dan perkosaan lebih mungkin untuk menjadi depresi daripada perempuan yang tak mengalami hal itu.

Faktor Sosial

Kesulitan dalam relasi interpersonal dapat menyebabkan gangguan mood. Halangan antara depresi dan relasi yang bermasalah dapat menjelaskan mengapa penerimaan psikotik dan depresi dapat pula, karena penerimaan lebih berhubungan kepada relasi yang baik.

Faktor lain yang berperan adalah status sosial dan peran perempuan yang rendah, stress keluarga, korban kekerasan dan coping styles yang maladaptif. Urta penelitian didapatkan bahwa perempuan lebih mudah terkena stress kronik yang berhubungan dengan rendahnya upah, pekerjaan yang mereboreskan, pembatasan mobilitas dan konflik rumah tangga dan tekanan sebagai pekerja. Perempuan mengalami peningkatan tekanan sosial dan keluarga untuk menikah dan mempunyai anak, juga mengalami stereotip untuk melakukan aktivitas dan pekerjaan yang bernilai "keperempuanan". Perempuan yang non-stereotipik dan diinterdisiplin dalam peran, aktivitas dan pekerjaan keterampilan, semua mengalami hambatan untuk yang lebih rendah dan stress sosial yang lebih rendah serta hambatan mobilitas sehingga mereka tak bekerja dan punya. Paykel (1991) membi penerimaan yang rendah menghambat untuk depresi dan penyakit mental yang lebih tinggi dibandingkan yang lebih menonjol.

Gangguan depresi mayor

Setiap orang dapat merasa depresi pada suatu waktu dalam kehidupannya. Namun perasaan depresi tidak sama dengan penyakit depresi atau gangguan depresi secara kronis. Sebagai contoh: seorang perempuan sulit berkonsentrasi, dimana pada kondisi normal, dia dapat beraktivitas selama beberapa jam, namun saat kondisi depresi dia mengalami masalah untuk mengambil keputusan dan berkonsentrasi, memerlukan waktu yang lama untuk menyelesaikan belajar rutinitas karena tidak dapat mengambil keputusan apa yang harus dibeli. Kondisi ini sah saja untuk orang yang depresi.

Beberapa studi dalam 10 tahun terakhir menunjukkan angka kejadian yang tinggi dari depresi pada perempuan. Pada kenyataannya satu studi menunjukkan 21,3% dari perempuan lebih mengalami paling sedikit episode depresi mayor pada suatu waktu dalam kehidupannya. Lebih khusus dalam studi epidemiologi yang dilakukan di Amerika Serikat menunjukkan bahwa 50% perempuan telah mengalami episode depresi mayor dalam periode kehidupannya tidak termasuk penyakit depresi yang lain.

Perempuan mengalami risiko lebih besar untuk terjadinya depresi, apalagi dibandingkan pria, risiko perenitan pada adalah sebesar 2:1. Studi di Amerika menunjukkan bahwa 7% dari perempuan mengalami depresi dibandingkan dengan hanya 2% pada pria, juga angka yang sama didapatkan pada berbagai seperti Estimation, Canada, Puerto Rico, Paris dan Jerman Barat. Yang patut menarik adalah dimana saja studi dilakukan, depresi mayor terjadi lebih sering pada perempuan lebih tinggi daripada pria seperti grafik di bawah ini:



Figure 1. Prevalence of major depressive disorder by age and sex.

Source: Minkwitz et al. 1990. Reproduced with permission from Elsevier.

Griffin DW, and Swin TE, Kupfer DJ, Schenberg AP. Textbook of School Disorders. The American Psychiatric Publishing, 2006. pp. 688.

Menurut The Diagnostic and Statistical Manual edisi ke 4 (DSM IV), diagnosis depresi ditetapkan bila ditemukan gejala penguat depresi atau kehilangan minat atau kesenangan selama paling sedikit 2 minggu, diikuti oleh distress atau hendaya yang berlebihan. Ini ditambah dengan 4 gejala klasik lain seperti: perubahan berat badan (meningkat atau menurun), perubahan pola tidur (sulit tidur atau tidur berlebihan), agresi psikomotor atau penurunan psikomotor, merasa lelah berlebihan, sulit berfungsikan dan membuat keputusan, merasa tak berharga atau bersalah dan ide bunuh diri. Penderita berat dan telah bersikap kasar bagaimana seseorang akan mengalami hidupnya (aktivitas sehari-hari). Bila seseorang menjadi sangat depresi, maka mereka tidak dapat berpikir cara untuk bagaimana mengakhiri hidup, namun mereka mengabaikan kematian. Sering mereka tidak mempunyai keberanian untuk mengalami hidupnya, namun sangat berdaya saat kematian itu perlahan kematian (proses suicidal thoughts). Gangguan depresi mayor ini dapat mempunyai gambaran lain seperti, psikotik, atipikal dan onset postpartum, serta dapat terjadi kronik.

Untuk mendiagnosis gangguan depresi mayor, harus dipertimbangkan bahwa seseorang telah mengalami gejala-gejala tersebut paling sedikit 2 minggu. Seringkali orang mengalami gejala lebih lama dan mereka sedikit dari sebelumnya, dan orang ini merasakan sudah lelah bergej, namun penyakitnya belum meredakan secara total. Depresi biasanya dapat sembuh sendiri (self healing), bila belum jatuh pada keadaan sedang atau parah. Artinya bila seseorang mengalami onset lama, walaupun mampu untuk uba, tetapi dapat berkurang dan kadang dapat menghilang. Biasanya tidak terjadi kesadaran secara signifikan terhadap apa yang dirasakan dan dirasakan, tetapi terjadi dengan pemikiran yang sudah mampu melihat namun orang lain. Walaupun demikian, seseorang dapat sangat tak nyaman dan bertambah rumit kehidupan sehari-hari serta berdampak berbeda terhadap orang lain menjadi lebih

buruk, saat menyadari terjadinya perubahan secara spontan dan diri sendiri. Pada keadaan lain, pada satu titik, seseorang tidak mampu lagi mengatasi sendiri keadaan depresinya dan akan berjalan makin buruk. Oleh karena itu, depresi menjadi gangguan yang sangat penting untuk dikenali dan agar dapat dengan cepat diidentifikasi dan ditangani dengan pengobatan akan lebih cepat.

Gangguan depresi pada perempuan mempunyai gambaran yang spesifik dibanding pria, yaitu (Hall et al., 2002):

- waktu mengalami depresi lebih panjang
- menjadi bersifat kronik berkaitan dengan kejadian reproduktif
- gejala psikis lebih banyak
- lebih dominan gejala somatik
- respons terhadap terapi lebih lambat
- rentan terhadap relaps
- sering berkomorbiditas dengan gangguan psikisik lain dan penyakit fisik lain

Gangguan Bipolar

Gangguan Bipolar adalah gangguan mood dimana terdapat perubahan mood dari suatu waktu ke waktu lain, bisa episode mania atau episode depresi. Dapat terjadi secara klasik (dalam setahun satu masa mania dan satu masa depresi) atau lebih cepat berubah dan lebih banyak episode dalam setahun. Siklus yang terjadi dalam setahun > 4 episode disebut siklus cepat (rapid cycling), yang terjadi < 4 episode dalam setahun disebut siklus cepat ultra (ultra rapid cycling) dan bila terjadi ≥ 4 episode dalam setahun atau bahkan bergantian dalam sehari disebut siklus ultradian (ultradian cycling). Keadaan mania dan depresi yang terjadi secara bersamaan disebut episode campuran (mixed episode).

Angka kejadian gangguan bipolar pada pria dan perempuan adalah kurang lebih sama. Namun perjalanan penyakitnya berbeda antara pria dan perempuan. Pria lebih cenderung awal mengalami periode mania sedangkan perempuan lebih mungkin mengalami

periode depresi. Perampuan yang mempunyai riwayat gangguan bipolar mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk mengalami gangguan psikotik postmelanodon, dan 1 di antara 5 hari yang tidak mempunyai riwayat gangguan bipolar menjadi 1 di antara 910 hari yang mempunyai riwayat gangguan bipolar. Sehingga bisa diketahui, perlu pemantauan ketat dari dokter untuk mencegah terjadinya.

Isidor yang menyebabkan perubahan mood pada perampuan pada saat postpartum, bukan untuk secara kronologis. Perubahan lingkungan hormonal mempengaruhi atau memunculkan depresi yang sering pada kasus siklus repeat dari gangguan bipolar. Gambaran gangguan bipolar dengan siklus apat ini merupakan bentuk yang parah, yaitu dapat terjadi 4 atau lebih siklus perambatan dari mania dan depresi dalam setahun. 92% dari penderita gangguan bipolar yang siklusnya apat adalah perampuan. Gangguan histeron timid dan perambatan dengan sindrom depresi golongan ini tidak mungkin mengalami dan mengakibatkan faktor yang dapat menyebabkan bentuk siklus apat ini. Perampuan lebih mungkin berkembang menjadi siklus apat ini dibandingkan pria.

Gambaran penyakitnya dapat berupa Bipolar tipe I yaitu dimana akan ada satu atau lebih episode mania atau episode campuran, dapat diikuti oleh episode depresi. Bipolar tipe II dimana akan ada satu atau lebih episode depresi dan diikuti paling sedikit satu episode hipomania (keadaan di bawah mania). Karena episode mania menurut DSM IV adalah:

1. Periode yang jelas dari peningkatan, perubahan perasaan atau perasaan iritabel berakibat paling sedikit 1 minggu
2. Selama periode gangguan mood ini, terdapat 3 atau lebih (atau lebih dari 4 jika perambatan hanya iritabel) gejala-gejala seperti di bawah ini, masing-masing dalam derajat yang bermakna:
 - Peringkatnya harga diri atau grandiosity;
 - Kebutaan tidur yang menurut

- Lebih banyak bicara daripada biasanya atau bericara terus menerus
 - Ide yang banyak dan berpindah-pindah atau pengalaman subjektif dimana pikiran berputar
 - Distractibility: mudah beralih perhatian pada rangsangan luar yang kurang berarti
 - Peningkatan aktivitas yang berajuran (tidak aktivitas awal, pekerjaan, sekolah atau rumah) atau peningkatan minat/ketiduglian
 - Kerediforan yang berlebihan dalam aktivitas yang dapat mengawangkan dan berporosi ketajanya makin kianjari.
3. Gejala-gejalanya tidak memuatli kronis episode campuran
 4. Gangguan mood menyebabkan hendrya yang ayun dalam fungsi olapadi, nnt aktivitas sosial, nnt relasi dengan orang lain nnt memelihara nnter lup untuk menegak bahwa pada diri sendiri atau orang lain nnt ada gambaran psikotik
 5. Gejala-gejalanya tidak disebabkan oleh psikologi langung akibat penggunaan zat, pengahakutapi, atau kondisi maha umum kronis penyakit fisik

Gangguan Bipolar pada prompok mempunyai gambaran spesifik dibanding pda. ylm (Hall et al., 2002):

- mengalami lebih banyak dan sering periode depresi dalam siklus bipolarnya
- lebih banyak beresit siklus eger hangari
- lebih banyak beresit campuran distrik dan mania
- menjadi beresit kronis berbubungan dengan dekonpensasi pasci melahirkan

Pemulap

Prevalensi gangguan masid di Indonesia belum diketahui pada. Tampaknya masih kurang kesadaran dan pengetahuan nnting ranggapan masid di Indonesia, sehingga para paugus kesehatan,

tidak membuat pasien dirangsang atau merasa menantang karena adanya sendiri dan sekaligus menyendiri.

Seorang yang didiagnosa gangguan mood, tentunya mendapatkan perawatan segera agar dapat meredakan gejalanya, tidak memberikan dampak lebih buruk pada penyakitnya sendiri, dampak psikososial seperti, penolakan teman, pasangan dan keluarga, serta stigma sosial yang lebih luas dari masyarakat.

Strategi penanganan farmakologi dan non-farmakologi dapat sudah banyak tersedia, medikasi yang dapat digunakan berupa antidepressan, penstabil mood (mood stabilizer) dan antipsikotika. Perawatan non-farmakologi berupa psikoterapi, berbagai jenis psikosepsi dapat dilakukan, seperti relaksasi terapi keluarga. Alternatif lain dari perawatan gangguan mood adalah pemberian suplemen tambahan, tetapi hal yang sering diperhatikan, namun penggunaannya masih jarang dilakukan.

Dengan mengetahui tentang gangguan mood, diharapkan gangguan ini lebih terdiagnosa, lebih baik perawatannya dan akhirnya insiden dapat kurangi terjadi hingga pelayanan sosial serta membuat komunitas.

Daftar Pustaka

1. Dae FL, Williams LS, Pincus JA, Racine JD. *Psychiatric Illnesses in Pregnancy: Emerging Treatment and Research*. American Psychiatric Publishing, Inc. 2002.
2. Lewis-Jaffee P, Williams LS, Pincus JA, Racine JD. *Psychiatric Illness in Women: Emerging Treatment and Research*. American Psychiatric Publishing, Inc. 2002.
3. Sassi SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. 7th ed. Cambridge University Press. 2008.
4. Sassi DL, Kupfer DJ, Schatzberg AH. *Textbook of Mood Disorders*. The American Psychiatric Publishing. 2005.

5. Parry BL, Haynes P. Mood Disorders and the Reproductive Cycle. *Healthy Women*. America's Mental Health Channel. Nov 28, 2006.
6. World Health Organization. *Women's Mental Health: An Evidence Based Review: Mental Health Determinants and Populations*. Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva, 2000.
7. World Health Organization. *The Global Burden of Disease—update 2004*. WHO 2008.